



Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd
*Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport*

Rapport van het inspectiebezoek
aan Altenastaete Thuiszorg B.V,
locatie Nieuwendijk in Nieuwendijk
op 5 november 2019

Utrecht, januari 2020

V2016673

Inhoud

1	Inleiding 3
1.1	Aanleiding bezoek 3
1.2	Beschrijving Altenastaete Thuiszorg B.V. en Nieuwendijk 3
2	Conclusie 5
2.1	Overzicht van de resultaten 5
2.2	Wat gaat goed 5
2.3	Wat kan beter 5
2.4	Wat moet beter 5
2.5	Conclusie bezoek 6
3	Wat zijn de vervolgacties 7
3.1	De vervolgactie die de inspectie van Altenastaete verwacht 7
3.2	Vervolgacties van de inspectie 7
3.2.1	Eerste vervolgactie van de inspectie 7
3.2.2	Tweede vervolgactie van de inspectie. 7
3.2.3	Vervolgactie van de inspectie 7
4	Resultaten 8
4.1	Thema Persoonsgerichte zorg 8
4.1.1	Resultaten 8
4.2	Thema Deskundige zorgverlener 11
4.2.1	Resultaten 11
4.3	Thema Sturen op kwaliteit en veiligheid 15
4.3.1	Resultaten 15
4.4	Medicatieveiligheid 17
Bijlage 1	Methode 19
Bijlage 2	Geraadpleegde documenten 21

1 Inleiding

De Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd bracht op 5 november 2019 een onaangekondigd bezoek aan Altenastaete Thuiszorg B.V. (hierna: Altenastaete), locatie Nieuwendijk te Nieuwendijk in de gemeente Altena.

De inspecteurs toetsen of de zorgaanbieder de zorg geeft zoals is voorgeschreven in wetten, professionele standaarden, veldnormen en in het veld vastgestelde kwaliteitskaders. Het toetsingskader is slechts een selectie hieruit. Als de inspecteurs het tijdens het bezoek nodig vinden ook andere thema's te onderzoeken dan doen zij dit. De inspecteurs benoemen de onderzochte thema's dan apart in dit rapport.

De in dit rapport gebruikte begrippen liggen vast in een verklarende [woordenlijst](#).

De inspecteurs verzamelen informatie door middel van observaties, een rondleiding, het inzien van documenten en gesprekken. Ze toetsen de thema's persoonsgerichte zorg, deskundige zorgverlener, sturen op kwaliteit en veiligheid en enkele normen van het thema medicatieveiligheid. Waar de inspectie naar kijkt ligt vast in een [toetsingskader](#).

1.1 Aanleiding bezoek

Aanleiding voor het inspectiebezoek aan Nieuwendijk is dat de inspectie deze locatie niet eerder heeft bezocht. De inspectie bezoekt Nieuwendijk om zich een beeld te vormen of de geboden zorg voldoet aan wet- en regelgeving. Het bezoek vindt tevens plaats naar aanleiding van signalen uit de media over tekortkomingen in de zorg.

1.2 Beschrijving Altenastaete Thuiszorg B.V. en Nieuwendijk

Altenastaete Thuiszorg B.V. is een besloten vennootschap met een eenhoofdige raad van bestuur. Vanaf de oprichting in 2009 kende Altenastaete een tweehoofdige raad van bestuur. De tweede bestuurder is per 1 april 2019 gestopt en als verpleegkundige werkzaam binnen Altenastaete. Altenastaete Thuiszorg B.V. heeft geen raad van commissarissen.

Altenastaete heeft sinds 2011 een toelating volgens de Wet Toelating Zorginstellingen (WTZI) voor de functies persoonlijke verzorging, verpleging en begeleiding. De doelgroep zijn cliënten met lichamelijke problematiek en/of mensen met dementieproblematiek of met een lichamelijke- of verstandelijke beperking.

Altenastaete heeft twee woonzorgvoorzieningen, één in Werkendam en één in Nieuwendijk. Er wordt ook thuiszorg geboden in de gemeente Altena.

De inspectie bezocht de woonzorgvoorziening in Nieuwendijk. Deze woonzorgvoorziening is landelijk gelegen en bevat vijftien appartementen. Eén appartement is een tweekamerappartement en geschikt voor echtparen. Alle appartementen zijn voorzien van een ruime badkamer. De appartementen op de bovenste verdieping beschikken over een balkon. Cliënten kunnen gebruik maken van een tuin die te bereiken is via de serre. De serre is de huiskamer voor alle cliënten. Er staat een lange tafel om gezamenlijk de maaltijd te gebruiken. De televisiehoek is voorzien van enkele fauteuils. Aan de huiskamer is een open keuken verbonden.

Cliënten

Ten tijde van het inspectiebezoek biedt de zorgaanbieder in Nieuwendijk zorg aan vijftien cliënten. Eén cliënt ontvangt zorg vanuit de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo), één cliënt ontvangt zorg vanuit de Zorgverzekeringswet (Zvw), twee cliënten beschikken over een persoonsgebonden budget (PGB) en elf cliënten ontvangen zorg vanuit de Wet langdurige zorg (Wlz). Drie cliënten beschikken over een zorgprofiel VV 4, negen cliënten over VV 5 en één cliënt over zorgprofiel VV 6.

Voor de cliënten met een verblijfsindicatie is er sprake van gescheiden wonen en zorg.

Personeel

Nieuwendijk heeft dienstroosters van november en december 2019 opgestuurd. De dienstroosters zijn inclusief de thuiszorg. Er is één verpleegkundige niveau 5 (0,89 fte) en zeven verzorgenden IG niveau 3 (5,17 fte) waarvan één verzorgende IG niveau 3 in opleiding is voor verpleegkundige (0,83 fte). Er is één derdejaars leerling verzorgende IG niveau 3 (0,67 fte), vier tweedejaars leerling verzorgenden IG niveau 3 (2,9 fte), één eerstejaars leerling verzorgende IG niveau 3 (0,78 fte). Er is één helpende plus (0,67 fte), één helpende (0,78 fte) en één leerling helpende (0,78 fte), twee huishoudelijk medewerkers (0,55 fte), twee gastvrouwen (0,55 fte), drie stagiaires (1,33 fte), één oproepkracht zorghulp (0,11 fte) en één derdejaars hbo-v (0,11 fte).

De dagelijkse leiding is in handen van de bestuurder van Altenastaete. Zij is verpleegkundige.

Behandelaren

Twee cliënten hebben een huisarts uit Nieuwendijk. Voor de overige cliënten is de huisarts uit de gemeente Almkerk de hoofdbehandelaar. De huisarts schakelt zo nodig een specialist ouderengeneeskunde, ergotherapeut, psycholoog of een geriatrisch verpleegkundig specialist in afkomstig van een nabijgelegen zorgorganisatie.

Organisatieontwikkelingen

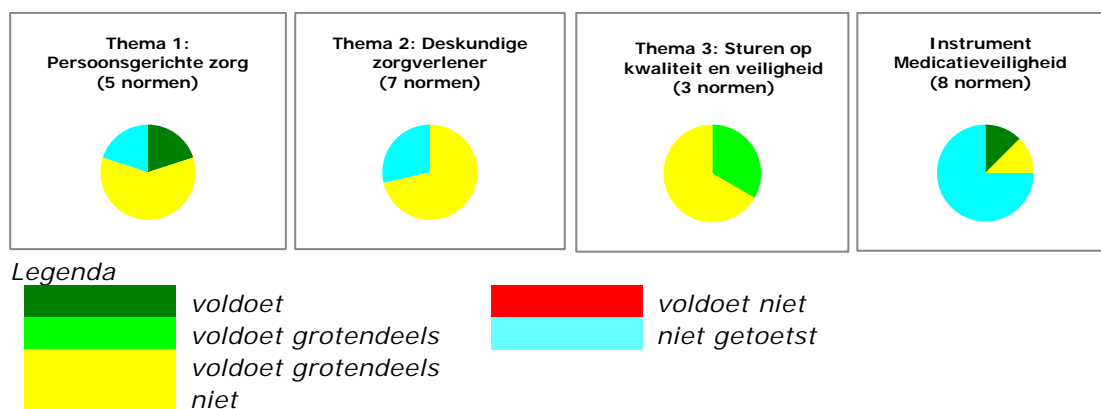
Altenastaete kreeg eind september 2019 media-aandacht in verband met een relatief hoge winst en mogelijke tekortkomingen in de zorg. Tijdens het inspectiebezoek geeft de bestuurder aan zich niet te herkennen in de verhalen in de media. De bestuurder vertelt dat er inmiddels een intern onderzoek wordt uitgevoerd door een extern bureau naar de cultuur en werkomstandigheden in de organisatie.

2 Conclusie

Dit hoofdstuk start met een samenvatting van de resultaten weergegeven in taartdiagrammen. Daarin staat hoe de inspectie de geleverde zorg beoordeelt. Vervolgens geeft de inspectie haar conclusie over Nieuwendijk. Een toelichting op de scores per norm staat in hoofdstuk 4. In dat hoofdstuk beschrijft de inspectie op basis van welke bevindingen zij de scores op de normen geeft.

2.1 Overzicht van de resultaten

Onderstaande diagrammen laten per thema zien hoe de inspectie Nieuwendijk beoordeelt. Een toelichting op de kleuren in de diagrammen staat in hoofdstuk 4.



2.2 Wat gaat goed

Cliënten kunnen erop rekenen dat zij inspraak hebben over de doelen van de zorg, behandeling en ondersteuning. De organisatie betreft de cliëntenraad bij de ontwikkelingen in de organisatie. De zorgverlener parafeert de toegediende of aangereikte medicatie per medicijn en toedientijd op de toedienlijst.

2.3 Wat kan beter

Nieuwendijk schept voorwaarden voor een cultuur gericht op leren en verbeteren. Zorgverleners reflecteren nog niet structureel op persoonsgerichte en veilige zorg.

2.4 Wat moet beter

Cliënten moeten erop kunnen rekenen dat zij persoonsgerichte zorg ontvangen waarbij in voldoende mate aandacht is voor de eigen regie en dat er een passend aanbod aan activiteiten is, dat aansluit bij hun wensen en behoeften.

Wilsbekwame cliënten moeten de locatie in alle vrijheid kunnen verlaten. De kennis van wet- en regelgeving op het gebied van gedwongen zorg bij de zorgaanbieder moet beter. De zorgverlening ten aanzien van gedwongen zorg moet per cliënt overeenkomstig wet- en regelgeving zijn.

De cliënten van Nieuwendijk moeten er eveneens op kunnen rekenen dat zij een compleet en actueel cliëntdossier hebben dat voldoet aan de geldende richtlijnen. Zorgverleners zullen hiervoor meer methodisch en multidisciplinair moeten werken conform een PDCA-cyclus. Zo kunnen cliënten erop rekenen dat hun zorg en behandelplan tijdig wordt bijgesteld.

Op het thema deskundige zorgverlener moet Nieuwendijk op alle onderdelen verbeteringen doorvoeren. Het gaat hierbij om het maken van professionele afwegingen gebaseerd op risicosignaleringen en veiligheidsrisico's.

De zorgaanbieder moet inzichtelijk maken hoeveel formatie beschikbaar is voor Nieuwendijk zonder hierbij de thuiszorg te betrekken.

De zorgaanbieder moet de deskundigheid en de bezetting van de zorgverleners afstemmen op de zorgbehoefte van de aanwezige cliënten. Cliënten moeten kunnen rekenen op voldoende deskundige zorgverleners die weten hoe ze met hen moeten omgaan.

Altenastaete moet binnen haar organisatie zorgdragen voor systematische bewaking, beheersing en verbetering van de kwaliteit van zorg, om te komen tot het verlenen van goede zorg. Een visie op persoonsgerichte zorg is daarvoor de basis evenals een visie op vrijheidsbeperking. De veilige principes in de medicatieketen moeten worden nageleefd. Meldingen van (bijna) incidenten en een analyse naar de basisoorzaken zorgen ervoor dat zorgverleners leren van fouten en incidenten om te komen tot verbetering van de kwaliteit van zorg.

2.5 Conclusie bezoek

De inspectie constateert dat de geboden zorg in Nieuwendijk nog (grotendeels) onvoldoende voldoet aan de getoetste normen. Twaalf van de veertien getoetste normen voldoen (grotendeels) niet.

De inspectie concludeert dat er onvoldoende deskundigheid in de organisatie aanwezig is, wat blijkt uit de resultaten. Nieuwendijk heeft weinig zicht op de risico's en verbeterpunten.

De inspectie heeft onvoldoende vertrouwen in de verbeterkracht van de organisatie. De inspectie is van mening dat externe deskundigheid nodig is om de noodzakelijke verbeteringen te realiseren en te borgen.

3 Wat zijn de vervolgacties

In dit hoofdstuk staat wat de inspectie van Nieuwendijk verwacht. Daarna geeft de inspectie weer wat zij zal doen naar aanleiding van dit bezoek.

3.1 De vervolgactie die de inspectie van Nieuwendijk verwacht

De zorgaanbieder moet voldoen aan de normen uit de wet- en regelgeving en veldnormen. De inspectie verwacht vier maanden na vaststellen van het rapport, uiterlijk 1 juni 2020, een resultaatverslag.

In dit resultaatverslag neemt Nieuwendijk op;

- Welke aanpak en acties de zorgaanbieder heeft ingezet om aan de norm te voldoen;
- Hoe de zorgaanbieder weet dat Nieuwendijk aan de norm voldoet;
- Als Nieuwendijk nog niet aan de norm voldoet, per welke datum dit wel het geval zal zijn.

De inspectie verwacht dat Altenastaete de verbetermaatregelen zo nodig ook op locatie Werkendam treft.

3.2 Vervolgacties van de inspectie

3.2.1 *Eerste vervolgactie van de inspectie*

De inspectie heeft tijdens het inspectiebezoek op 5 november 2019 de zorgaanbieder een directe maatregel opgelegd om zorg te dragen voor een wakende nachtdienst. Nieuwendijk heeft dit op 8 november 2019 aantoonbaar gerealiseerd.

3.2.2 *Tweede vervolgactie van de inspectie.*

Naar aanleiding van de bevindingen op 5 november 2019 heeft de inspectie op 8 januari 2020 een gesprek met de bestuurder en de manager zorg van Altenastaete. Tijdens dit gesprek spreekt de inspectie haar zorg uit over de kwaliteit en veiligheid van de zorg in Nieuwendijk. De bestuurder geeft tijdens het gesprek aan zich in grote lijnen te herkennen in de bevindingen van de inspectie. Ook vertelt de bestuurder bezig te zijn met het treffen van verbetermaatregelen en het aanstellen van extra deskundigheid door het inschakelen van Waardigheid en trots Op Locatie.

Op 25 januari 2020 heeft de inspectie telefonisch gesproken met de bestuurder van Altenastaete. Aanleiding hiervan is het intrekken van de leererkenning van de locatie Nieuwendijk door de Samenwerkingsorganisatie Beroepsonderwijs Bedrijfsleven (SBB). In dit gesprek spreekt de inspectie haar zorg uit over de continuïteit van zorg in Nieuwendijk omdat leerlingen de opleiding bij een andere zorgaanbieder moeten voorzetten. De bestuurder vertelt bezig te zijn met de inzet van zelfstandigen zonder personeel (zzp'ers). Ook is het de verwachting dat appartementen leeg komen te staan.

3.2.3 *Vervolgactie van de inspectie*

Op basis van de bevindingen en bovenstaande conclusie zal de inspectie opnieuw een bezoek brengen aan Nieuwendijk. De inspectie verwacht dat de zorgaanbieder voldoet aan de normen uit wet- en regelgeving en veldnormen. Waar de inspectie naar kijkt ligt vast in een toetsingskader. Het kan zijn dat de inspectie tijdens een volgend bezoek andere normen en/of locatie Werkendam toetst.

4 Resultaten

Dit hoofdstuk beschrijft per thema de normen, het oordeel en de bevindingen.

De inspectie beoordeelt de normen op een vierpuntschaal. De kleuren van de vierpuntschaal hebben de volgende betekenis:

Donkergroen: De locatie/afdeling **voldoet aan de norm**. De inspectie constateert op deze norm alleen positieve punten.

Lichtgroen: De locatie/afdeling **voldoet grotendeels aan de norm**. De inspectie constateert op deze norm veelal positieve punten.

Geel: De locatie/afdeling **voldoet grotendeels niet aan de norm**. De inspectie constateert op deze norm overwegend negatieve punten.

Rood: De locatie/afdeling **voldoet niet aan de norm**. De inspectie constateert op deze norm nauwelijks tot geen positieve punten.

Blauw: De norm is **niet** getoetst.

4.1 Thema Persoonsgerichte zorg

Het startpunt voor het geven van de zorg zijn de wensen van de cliënt. Kent de zorgverlener de cliënt? Kent hij¹ zijn geschiedenis? Weet hij wat de cliënt belangrijk vindt en wat de cliënt niet wil? Is er sprake van een evenwichtige en respectvolle relatie tussen een cliënt en een zorgverlener? Wordt er goed geluisterd naar de cliënt en zijn naasten? En belangrijker, staan de wensen van de cliënt centraal? Wordt hier gehoor aan gegeven? De cliënt heeft de regie en wordt daarbij ondersteund door zijn naasten en de zorgverlener.

4.1.1 Resultaten

Norm 1.1

Iedere cliënt heeft inspraak in en afspraken over de doelen van de zorg, behandeling en ondersteuning.

Volgens de inspectie **voldoet Nieuwendijk aan deze norm**.

Bij opname vindt een gesprek plaats met de familie en/of de cliënt. De inspectie hoort van de bestuurder dat zij in dit gesprek de geschiedenis, de activiteiten en de wensen van de cliënt bespreekt. In een van de dossiers ziet de inspectie een evaluatieformulier waaruit blijkt dat de zorg die de cliënt ontvangt, besproken is met de familie. De inspectie ziet in de documenten meerdere zorgbeoordelingen.

De inspectie ziet in het cliëntdossier de wensen voor reanimatie van cliënten staan. De inspectie treft echter een niet-reanimatieverklaring aan die niet is getekend door de cliënt zelf en/of de huisarts.

Norm 1.2

Zorgverleners kennen de cliënt, zijn wensen en behoeften.

Volgens de inspectie **voldoet Nieuwendijk grotendeels niet** aan deze norm.

De inspectie ziet in de cliëntdossiers dat er geen informatie in staat over de levensgeschiedenis van de cliënt, ondanks dat de inspectie hoort dat dit wel besproken wordt (zie norm 1.1).

1 Voor de leesbaarheid wordt hier de mannelijke vorm gebruikt; waar 'hij' staat bedoelt de inspectie ook 'zij'.
Pagina 8 van 21

De inspectie hoort van de bestuurder dat Nieuwendijk bezig is met het maken van een levensloop en fotoboek van cliënten. De inspectie leest in de notulen van mei 2019 dat de organisatie dit bespreekt met de cliëntenraad. De inspectie ziet in een dossier een samengevatte levensloop van de cliënt. In andere dossiers staat deze informatie niet.

De voorkeur voor de wijze van aanspreken van de cliënt staat niet in het cliëntdossier. Dit geldt ook voor de voorkeuren voor het eten. In de keuken hangt een lijst op kamernummer. Op deze lijst staat welke voorkeuren een cliënt heeft voor het ontbijt. Zo ziet de inspectie op de lijst staan dat een cliënt in de ochtend een boterham met hagelslag krijgt in het appartement.

Nieuwendijk heeft een weekmenu met daarop de gerechten voor de warme maaltijd. Op zaterdag krijgen de cliënten als warme maaltijd altijd pannenkoeken of friet met een snack. Het menu is samengesteld door een zorgverlener, hoort de inspectie van gesprekspartners. Indien een cliënt een andere wens heeft is dit mogelijk.

De fysieke omgeving sluit deels aan bij de belevingswereld van cliënten. Er staat in de huiskamer een ouderwetse kast en passende accessoires. De bewegingsruimte in de huiskamer is echter te klein in relatie tot het aantal van vijftien cliënten. Zo staan er voor de televisie vijf makkelijke stoelen. De ruimte is beperkt voor meer cliënten om gezamenlijk televisie te kijken. De inspectie ziet dat er aan de eettafel ruimte is voor tien cliënten. Eén cliënt eet op eigen verzoek apart in een fauteuil met het bord op schoot. Er is geen ruimte voor het plaatsen van een extra eettafel met stoelen in de huiskamer. In reactie op feitelijke onjuistheden geeft de organisatie aan dat de ruimte in de huiskamer voldoet aan de behoefte om samen te eten en activiteiten te doen. Er zijn namelijk altijd cliënten die liever in hun het appartement verblijven.

De inspectie ziet niet in het cliëntdossier welke afspraken zijn gemaakt over gewenste activiteiten op individueel niveau. Ook leest de inspectie niet wat de individuele wensen zijn over voorkeuren van eten en drinken, tijden van opstaan en naar bed gaan, het onderhouden van sociale contacten, het ontvangen van bezoek en de behoefte aan bewegingsvrijheid.

Wel leest de inspectie in de notulen van het teamoverleg van juni 2019 dat de gastvrouw op een dag tussen 10.00 uur en 14.00 uur individueel aandacht geeft aan cliënten zoals samen wandelen of koffie drinken. De inspectie hoort dat de gastvrouw weet wie van wandelen houdt. Zij heeft de ochtend van het inspectiebezoek met een cliënt gewandeld. De inspectie hoort dat zorgverleners de cliënten kennen. Zo vertelt een zorgverlener over de wensen van een echtpaar om samen te eten op hun kamer. De inspectie ziet een echtpaar in het appartement de warme maaltijd eten.

De inspectie ziet een zorgverlener een cliënt helpen met het eten. De zorgverlener vertelt dat de cliënt soms zelfstandig eet en soms niet. Per dag kan dit wisselen. Ook hoort de inspectie dat zorgverleners de wens respecteren van een cliënt om lang in bed te liggen, soms tot 13.00 uur in de middag. De inspectie ziet dat de cliënt rond 12.30 uur nog in bed ligt op haar appartement.

Norm 1.3

Cliënten voeren, binnen hun mogelijkheden, zelf regie over hun leven en welbevinden.

Volgens de inspectie **voldoet Nieuwendijk grotendeels niet** aan deze norm.

De voordeur van Nieuwendijk is afgesloten. Cliënten die dat nog kunnen, evenals familieleden, hebben een zogenaamde druppel. De bestuurder vertelt dat een aantal cliënten, in overleg met familie, niet alleen Nieuwendijk mogen verlaten omdat dit onveilig is.

Als deze cliënten het pand willen verlaten gaat een zorgverlener mee, aldus de bestuurder. Dit betekent dat enkele cliënten de locatie niet zelfstandig kunnen verlaten terwijl Nieuwendijk geen aanmerking in het kader van de wet Bijzondere Opneming in een Psychiatrisch Ziekenhuis (Wet Bopz) heeft en alle cliënten er vrijwillig verblijven. Voor geen van de cliënten is in het cliëntdossier beschreven waarom zij het pand niet zouden mogen verlaten. De inspectie leest in de notulen van het teamoverleg van juni 2019 in het kader van de Wet zorg en dwang 'We zijn nu een gesloten instelling, maar vanaf 1 januari 2020 moeten we de deuren open gaan zetten'.

Een cliënt heeft wegens nachtelijke onrust een sensor op zijn kamer gekregen. De cliënt wilde de sensor niet, omdat hij, volgens een zorgverlener, niet begrijpt wat dit voor een apparaat is. Zorgverleners zetten daarom de sensor nu op de gang bij het trapportaal. Hiermee is ook de bewegingsvrijheid van de andere cliënten beperkt. De inspectie hoort van de zorgverleners dat de sensor in overleg is geplaatst met de specialist ouderengeneeskunde. Alle cliënten wonen op vrijwillige basis in Nieuwendijk. Over eventuele wilsonbekwaamheid is niets vastgelegd in hun cliëntdossier. Toch beslissen niet alle cliënten zelf over het toepassen van vrijheidsbeperkende maatregelen.

Tijdens de observatie ziet de inspectie niet dat zorgverleners cliënten betrekken bij het dekken van de tafel en de gang van zaken rondom de maaltijd. Ook ziet de inspectie dat zorgverleners de maaltijd opscheppen in de keuken. Zij serveren het bord op tafel. Cliënten kunnen niet zelf hun eten opscheppen. Bij acht van de negen cliënten ligt er alleen een vork op de tafel. Tevens ziet de inspectie dat alle cliënten hetzelfde drinken geserveerd krijgen bij de maaltijd en hetzelfde toetje. Cliënten kunnen hiervoor niet kiezen uit alternatieven die op tafel zouden kunnen staan. De inspectie hoort dat cliënten een week van tevoren hun keuze moeten bepalen voor de maaltijd. Bij het afruimen van de warme maaltijd zijn acht van de negen borden niet leeg. Een zorgverlener vertelt dat dit regelmatig voorkomt.

In het cliëntdossier ziet de inspectie niet wat voorkeuren van cliënten zijn voor individuele activiteiten. Wel biedt Nieuwendijk groepsgewijze activiteiten aan. Op de keukenkast in de appartementen ziet de inspectie een maandoverzicht van de groepsactiviteiten. De inspectie ziet een bord hangen met daarop de dagactiviteit. Op maandag, dinsdag, donderdag en zaterdag staan wekelijks dezelfde activiteiten gepland. De inspectie ziet hierop activiteiten als bakken, een quiz, wandelen, gym of de krant lezen. Op woensdag en vrijdag is er meer variatie. Op zondag is er geen gezamenlijke activiteit wegens de rustdag.

Norm 1.4

Cliënten ervaren nabijheid, geborgenheid, vertrouwen en begrip. Zij worden met respect behandeld.

Volgens de inspectie **voldoet Nieuwendijk grotendeels** niet aan deze norm.

Ten tijde van het inspectiebezoek wonen in Nieuwendijk cliënten met dwaalgedrag. Bij enkele cliënten worden vrijheidsbeperkende maatregelen zoals als een sensor en /of bedhek toegepast. In de nacht is er echter alleen een slaapdienst vanaf 22.00 uur.

Tijdens de observatie hoort de inspectie een zorgverlener aan een cliënt vragen "zal ik maar een slabbetje omdoen tegen het knoeien?". Zorgverleners vragen aan cliënten "of zij genoeg hebben gehad" in plaats van "wilt u nog iets eten?". Tijdens de maaltijd is het onrustig in de huiskamer. Er lopen verschillende zorgverleners in en uit de kleine huiskamer. Ook dringen harde geluiden uit de keuken door in de huiskamer.

De inspectie ziet echter ook tijdens de observatie dat een gastvrouw tijdens de maaltijd een cliënt helpt met eten. Zij doet dit in een rustig tempo. Andere zorgverleners praten op ooghoogte met cliënten.

Norm 1.5

Zorgverleners ondersteunen cliënten om hun informele netwerk in stand te houden of uit te breiden.

De norm is **niet getoetst**.

4.2 Thema Deskundige zorgverlener

De zorgaanbieder zet voldoende en deskundige zorgverleners in. Hij schoolt, ondersteunt en stimuleert hen structureel.

De samenstelling van het personeel past bij de zorgvragen van de cliënten. De zorgverleners zijn voldoende deskundig. Zij kennen de grenzen van hun deskundigheid. Daarnaast zijn zorgverleners in staat om samen te werken. De zorgaanbieder zorgt voor de voorwaarden waaronder zorgverleners methodisch kunnen werken. De zorgverlener is in staat methodisch te werken. Methodisch werken garandeert dat het verbeteren van de kwaliteit van de zorg continu onder de aandacht is van alle zorgverleners.

Methodisch werken houdt in dat zorgverleners werken volgens de Plan-Do-Check-Act (PDCA)-cyclus:

- Plan: kijken naar de werkzaamheden en een plan maken hoe deze kunnen verbeteren.
- Do: de verbeteringen uitvoeren.
- Check: beoordelen of het resultaat van de veranderingen het gewenste resultaat oplevert.
- Act: de werkzaamheden bijstellen aan de hand van de gevonden resultaten.

Het methodisch werken is ook van toepassing op het thema Sturen op kwaliteit en veiligheid.

4.2.1 Resultaten

Norm 2.1

Zorgverleners maken hun professionele afwegingen over de benodigde zorg en ondersteuning op basis van gesignaleerde risico's, wensen, behoeften, mogelijkheden en beperkingen van de cliënt.

Volgens de inspectie **voldoet Nieuwendijk grotendeels niet** aan deze norm.

De inspectie hoort dat zorgverleners professionele afwegingen maken met de huisarts en als de huisarts dit nodig vindt, overlegt hij met de specialist ouderengeneeskunde. De afwegingen ziet de inspectie echter niet terug in het cliëntdossier. Ook ziet de inspectie niet de afwegingen voor de inzet van de sensor, beddekken en de gesloten voordeur in het cliëntdossier. Tevens leest de inspectie niet of zorgverleners alternatieven voor deze vrijheidsbeperkende maatregelen hebben uitprobeerde. De inspectie hoort dat de huisarts het formulier 'beschermende maatregelen' ondertekent als de zorgverleners vinden dat de inzet hiervan noodzakelijk is. De huisarts maakt echter niet samen met de zorgverleners een professionele afweging voor de inzet van vrijheidsbeperkende maatregelen. De inspectie ziet in een cliëntdossier een formulier 'beschermende maatregelen'. Dit formulier is door de cliënt getekend maar niet door de huisarts. Op het formulier staat dat de directie hiervoor tekent, maar de inspectie ziet ook dit niet terug.

Zorgverleners maken deels professionele afwegingen rondom de medicatie maar in onvoldoende mate. Bij een cliënt met dementie die 'rommelt' is enerzijds de medicatie

veilig opgeborgen in een afsluitbare doos op haar appartement. Anderzijds ligt de insuline in de koelkast in het appartement. De cliënt kan de insuline zelf pakken. Eveneens ziet de inspectie dat de balkondeuren makkelijk te openen zijn. De inspectie leest niet in het cliëntdossier of deze veiligheidsrisico's zijn afgewogen ten opzichte van de veiligheid en vrijheid van de cliënt om zelf op het balkon te mogen komen. Zorgverleners vertellen dat zij dit soort risico's niet afwegen.

Maandelijks meten de zorgverleners het gewicht van alle cliënten. Ook meten zorgverleners regelmatig de bloeddruk. Zorgverleners gebruiken standaard risicosignaleringslijsten voor onder andere depressie, voeding, vallen en medicatieveiligheid. De inspectie ziet actuele risicosignaleringen terug in het cliëntdossier die niet altijd leiden tot een zorgdoel. Bij een cliënt die een risico scoort op depressie ziet de inspectie geen afwegingen waarom de cliënt daar niet voor behandeld wordt. De inspectie hoort van de zorgverlener dat de cliënt dit risico al eerder scoorde, maar met de huisarts is afgesproken om hier niets mee te doen. De reden voor dit besluit staat niet in het cliëntdossier. Bij navraag kon de zorgverlener niet toelichten waarom dit zo met de huisarts is afgesproken. Daarentegen ziet de inspectie bij twee cliënten met risico op mondzorgproblemen wel dat er afwegingen zijn gemaakt en beschreven staat hoe de mondzorg moet plaatsvinden.

Norm 2.2

Zorgverleners werken methodisch. Zij leggen dit hele proces inzichtelijk vast in het cliëntdossier.

Volgens de inspectie **voldoet Nieuwendijk grotendeels niet** aan deze norm.

De inspectie ziet dat zorgverleners nauwelijks op doelen rapporteren. De rapportages zijn kort. De inspectie treft voorbeelden aan als 'medicatie is gegeven' en 'de cliënt is onrustig'. Zorgverleners hebben de opdracht om alleen bijzonderheden en relevante informatie voor de doelen te rapporteren. Bij een cliënt met risico op decubitus wordt niet aangetoond dat controles daadwerkelijk plaatsvinden. Ook leest de inspectie niet in het cliëntdossier terug dat voor twee cliënten de medicatie in een afgesloten box wordt bewaard.

Het cliëntdossier bevat een zorgleefplan met probleem, doelen, acties en evaluatie. De verpleegkundige heeft de regie bij het opstellen van het zorgleefplan. De meeste doelen gaan echter over het lichamelijk welbevinden van cliënten, zoals 'mevrouw neemt de medicatie in volgens de deellijst'. In het dossier bevindt zich tevens een activiteitenlijst. Op deze lijst staan niet de activiteiten, maar de zorgafspraken voor de cliënt rondom de algemene dagelijkse levensactiviteiten (ADL).

De inspectie ziet geen analyses van gedrag voorafgaand aan de inzet van vrijheidsbeperkende maatregelen of psychofarmaca. Observaties hoe een cliënt reageert op de inzet van bijvoorbeeld de sensor, leest de inspectie niet in het cliëntdossier. De zorgverleners vertellen wel hierover tijdens het inspectiebezoek. Zo vertelt een zorgverlener dat de cliënt de sensor niet op zijn kamer wilde hebben en daar boos over werd.

De zorgverleners schrijven de informatie van de huisarts op. De huisarts parafeert voor deze aantekeningen. De informatie vanuit de andere behandelaren, waaronder de specialist ouderengeneeskunde, verloopt via de huisarts. Zo hoort de inspectie dat de specialist ouderengeneeskunde bij een cliënt een koptelefoon adviseerde. Dit bleek voor deze cliënt niet te werken. Deze informatie ziet de inspectie echter niet in het cliëntdossier staan.

Nieuwendijk werkt met een papieren dossier. Het omzetten naar een elektronisch dossier is recent gestart.

Norm 2.3

De zorgaanbieder zorgt dat zorgverleners ruimte krijgen om systematisch te reflecteren op goede, veilige en persoonsgerichte zorg. Vanuit de reflectie kunnen zorgverleners verbeteringen toepassen.

Volgens de inspectie **voldoet Nieuwendijk grotendeels niet** aan deze norm.

Binnen Nieuwendijk is een zorgcoördinatorenoverleg. Uit de notulen is op te maken dat het overleg veelal gaat over praktische zaken. In het teamoverleg van het hele team komen naast praktische zaken ook de meldingen incidenten cliënten (MIC) aan de orde, roosterzaken en zaken rondom was en schoonmaak. Reflectie op persoonsgerichte zorg leest de inspectie niet terug in deze verslagen.

De inspectie leest de notulen van enkele maandelijkse casusbesprekingen. Hierin leest de inspectie dat zorgverleners spreken over het ziektebeeld en de medicatie inclusief de (bij)werkingen. De inspectie treft echter geen inhoudelijke bespreking aan van de casuïstiek van de cliënt zelf, zoals de omgang met onbegrepen gedrag.

De inspectie ziet niet in documenten dat zorgverleners systematisch persoonsgerichte zorg bespreken.

Norm 2.4

Zorgverleners houden relevante ontwikkelingen in hun vakgebied bij om goede, veilige en persoonsgerichte zorg te kunnen bieden.

De norm is **niet getoetst**.

Norm 2.5

De zorgaanbieder zorgt dat er voldoende deskundige zorgverleners beschikbaar zijn, afgestemd op de aanwezige cliënten en actuele zorgvragen.

Volgens de inspectie **voldoet Nieuwendijk grotendeels niet** aan deze norm.

Altenastaete heeft een strategisch opleidingsplan voor de komende vier jaar vanaf 2019. De inspectie leest geen informatie over scholingen gericht op het geven van persoonsgerichte zorg, omgaan met vrijheidsbeperking, methodisch werken en het omgaan met onbegrepen gedrag. De kennis over het persoonsgericht werken, vrijheidsbeperking, methodisch werken en medicatieveiligheid is onvoldoende aanwezig in de organisatie (zie toelichting bij de normen 1.2, 1.3, 2.1 en 2.2).

De inspectie hoort dat binnen Nieuwendijk geen nachtdienst is maar een slaapdienst. Nieuwendijk heeft geen aantoonbare afweging gemaakt of de inzet van een slaapdienst voldoende is in relatie tot de aanwezige doelgroep. De doelgroep bestaat onder andere uit cliënten met dwaalgedrag. De inspectie leest ook in de cliëntdossiers dat er sprake is van nachtelijke onrust bij cliënten met dementie.

De inspectie heeft tijdens het bezoek de bestuurder gewezen op de risico's voor de cliënten als er geen wakende nachtdienst is in geval er calamiteiten optreden. Na het inspectiebezoek (zie hoofdstuk drie) laat de bestuurder weten dat drie dagen na het bezoek Nieuwendijk permanent een wakende nachtdienst inzet. De inspectie ziet het aangepaste dienstrooster voor november en december 2019. Het is op basis van de dienstroosters onduidelijk hoeveel zorgverleners binnen Nieuwendijk werken of in de thuiszorg.

De inspectie hoort dat er niet altijd toezicht is in de huiskamer en dat dit opgelost wordt met de inzet van mantelzorgers of familie die dan aanwezig zijn, ondanks de aanwezigheid van gastvrouwen. Nieuwendijk heeft twee gastvrouwen in dienst die activiteiten uitvoeren met de cliënten. De gastvrouwen zijn echter niet de hele dag aanwezig. De gastvrouw is vijf dagen in de week van 9.00 uur tot 13.30 uur aanwezig in de huiskamer maar niet in de weekenden. De gastvrouw wordt afgelost door een andere zorgverlener die tot 17.30 uur werkt.

Overdag werken vier zorgverleners van 7.30 uur tot 16.00 uur. Eén zorgverlener heeft huiskamerdienst van 9.00 uur tot 17.30 uur. Er zijn twee avonddiensten: één dienst begint om 16.00 uur tot 22.00 uur. De andere dienst begint om 15.15 uur tot 23.45 uur. Deze laatste dienst gaat vervolgens over in de slaapdienst die duurt tot 7.45 uur. De inspectie ziet in het dienstrooster dat overdag en in de avond tenminste één gediplomeerde verzorgende IG niveau 3 aanwezig is, aangevuld met leerling-verzorgenden, helpenden en stagiaires. De stagiaires zijn boventallig. Voor de nachtdienst die per 8 november 2019 is ingezet zijn verzorgenden IG niveau 3, tweede- en derdejaars leerling verzorgenden IG niveau 3 en helpenden plus ingeroosterd. De overwegingen voor de inzet van het deskundigheidsniveau van de zorgverleners in relatie tot de aanwezige cliënten is niet duidelijk. In de nacht is een verpleegkundige achterwacht in pandig aanwezig.

De zorgcoördinator, een verpleegkundige, is een dag in de week uit de zorg gepland voor coördinatie-taken. Vierentwintig uur, zeven dagen in de week, is er een achterwacht voor onplanbare zorg of calamiteiten. De inspectie ziet het rooster van november en december 2019. De achterwacht wordt uitgevoerd door verpleegkundigen of verzorgenden niveau 3. Daarnaast is de bestuurder zelf bereikbaar indien er verpleegkundige zorg nodig is. Bij afwezigheid van de bestuurder (verpleegkundige) en in de weekeinden wordt de verpleegkundige bereikbaarheid uitgevoerd door de coördinator thuiszorg.

Het verzuimpercentage is zowel in 2018 als in 2019 rond de twee procent. Nieuwendijk werkt bewust niet met vrijwilligers. De inspectie hoort van de bestuurder dat het standpunt is dat de bezetting met professionele zorgverleners moet gebeuren. De organisatie wil niet afhankelijk zijn van de inzet van vrijwilligers.

Zorgverleners zijn niet geschoold in het koken voor kleinschalig wonen. De inspectie hoort van zowel de bestuurder als zorgverleners dat de zorgverleners wel schriftelijke informatie hebben ontvangen over koken binnen kleinschalig wonen.

De organisatie biedt zorgverleners de mogelijkheid om te komen tot een hoger deskundigheidsniveau. Zes zorgverleners zijn in opleiding tot IG niveau 3. Het betreft één eerstejaars leerling, vier tweedejaars leerlingen en een derdejaars leerling. Eén verzorgende IG niveau 3 is in opleiding voor verpleegkundige. Zij zit nu in het derde jaar. Tot slot is er één leerling in opleiding voor helpende.

Tevens voorziet de bestuurder in BIG-scholingen, klinische lessen (drie tot vijf keer per jaar) en scholing op basis van uitkomsten vanuit functioneringsgesprekken.

Norm 2.6

Zorgverleners handelen volgens de afspraken zoals beschreven in protocollen, richtlijnen en handreikingen. Zij weten wanneer zij wel en niet kunnen afwijken.

De norm is **niet getoetst**.

Norm 2.7

Zorgverleners werken multidisciplinair en schakelen tijdig disciplines en specifieke expertise in van binnen of buiten de organisatie. In deze samenwerking maken zorgverleners afspraken wie waarvoor verantwoordelijk is.

Volgens de inspectie **voldoet Nieuwendijk grotendeels niet** aan deze norm.

De inspectie hoort dat Nieuwendijk op initiatief van de huisarts een specialist ouderengeneeskunde of psycholoog inschakelt of een geriatrische verpleegkundige. De inspectie ziet dit echter niet aantoonbaar terug in de cliëntdossiers. De inspectie hoort dat de specialist ouderengeneeskunde gemiddeld drie tot vier keer in het jaar door de huisarts wordt ingezet.

Nieuwendijk heeft een zorgoverleg waarbij de huisarts zorg coördinator, de familie en/of diens vertegenwoordiger bij aanwezig is. Andere betrokken behandelaren zijn hierbij niet aanwezig. De inspectie ziet geen specifieke afspraken waarbij duidelijk is wie verantwoordelijk is voor het nakomen van afspraken uit het zorgoverleg. De inspectie leest in de notulen van het teamoverleg dat uit de zorgevaluaties komt dat cliënten en familie over het algemeen tevreden zijn over de wijze van communicatie.

4.3 Thema Sturen op kwaliteit en veiligheid

Goede zorg en deze op niveau houden begint bij een goed management. Managers sturen op de kwaliteit van zorg, coördineren en controleren wat er gebeurt op de werkvloer. Onvoldoende sturing door het management betekent risico's op de werkvloer die zorgverleners niet altijd kunnen voorkomen.

4.3.1 Resultaten

Norm 3.1

De zorgaanbieder stelt de persoonsgerichte zorg en ondersteuning centraal en borgt de veiligheid van de cliënt.

Volgens de inspectie **voldoet Nieuwendijk grotendeels niet** aan deze norm.

De bestuurder vertelt dat de wens van de cliënten en de persoonsgerichte zorg in Nieuwendijk centraal staat. De inspectie ziet dit tijdens de observaties niet terug (zie de bevindingen bij thema 1 persoonsgerichte zorg).

Nieuwendijk heeft geen aparte visie op persoonsgerichte zorg en geen vastgelegd beleid ten aanzien van vrijheidsbeperking. De bestuurder vertelt dat de visie is 'net als thuis'. Thuis is ook de voorkeur dicht. En als de cliënt eruit wil, gebruikt hij de sleutel of gaat iemand met de cliënt mee als het niet veilig is om zelfstandig naar buiten te gaan, aldus de bestuurder.

Het beleid en de uitvoering van onvrijwillige zorg en vrijheidsbeperkende maatregelen komen niet met elkaar overeen. De inspectie leest namelijk in het kwaliteitsplan van Nieuwendijk dat, indien onvrijwillige zorg is geïndiceerd, de cliënt wordt overgeplaatst. De inspectie leest echter dat de inzet van vrijheidsbeperkende maatregelen niet of met de meeste terughoudendheid plaatsvindt. Vervolgens leest de inspectie in het kwaliteitsplan voor 2019 dat de inzet van domotica wordt uitgebreid met gps-trackers, camera's en sensoren. Zie ook de bevindingen bij norm 1.3 en norm 2.2.

De veiligheid van de cliënten is niet geborgd (zie bevindingen bij andere normen). Bedekken hebben een zodanige ruimte tussen de liggers dat het mogelijk is dat cliënten bekneld raken. Nieuwendijk weegt de veiligheidsrisico's voor cliënten niet af tegen hun

vrijheid. In haar reactie op feitelijke onjuistheden geeft de organisatie aan zo nodig bedekbeschermers te gebruiken.

De medicatieveiligheid is niet geborgd (zie norm 4.3 en 4.8. en overige bevindingen). Voor andere gevaarlijke situaties maakt Nieuwendijk geen risicoafwegingen zoals voor gevaarlijke stoffen of schoonmaakmiddelen die in keukenkastjes staan. De risico's heeft Nieuwendijk niet met cliënten en/of hun vertegenwoordigers besproken.

In de keuken waar ook cliënten kunnen komen, staan schoonmaakmiddelen. De kastjes zijn niet afgesloten. In de appartementen staat bij cliënten met dementie een fles afwasmiddel in de keukenkast. Op alle kamers staan crèmes en toiletartikelen in de kamer of badkamer die een risico kunnen vormen voor cliënten doordat zij deze in een onbewaakt moment kunnen innemen.

De inspectie leest wel een missie en visie in het kwaliteitsplan 2019 van Altenastaete. Hierin staat onder andere dat de organisatie nastreeft dat zij cliëntvolgend werken en vierentwintig uur per dag continuïteit van zorg aanwezig is. Persoonlijke aandacht, geborgenheid en eerbied voor het leven zijn belangrijke pijlers voor de zorg. Altenastaete hanteert de volgende kernwaarden: 'De zorg die wij geven aan onze cliënten is doelgericht en afgestemd met de cliënt en dienst naaste(n). De cliënt mag van onze medewerkers verwachten dat zij betrouwbaar en deskundig zijn en met respect omgaan'.

Norm 3.2

De zorgaanbieder bewaakt, beheerst en verbetert systematisch de kwaliteit en veiligheid van de zorg.

Volgens de inspectie **voldoet Nieuwendijk grotendeels niet** aan deze norm.

De inspectie ziet dat Nieuwendijk zich inzet om de kwaliteit van zorg te verbeteren, echter nog onvoldoende om grotendeels aan deze norm te voldoen (zie bevindingen op thema 1 persoonsgerichte zorg en thema 2 deskundige zorgverlener).

De inspectie ziet dat Nieuwendijk onvoldoende werkt met een terugkerend patroon van planning, uitvoering, controle en bijstelling van werkzaamheden. Ook ziet de inspectie in de documenten geen zorginhoudelijk gemeten resultaten. De inspectie ziet wel een verslag van een externe ISO-audit. Deze audit geeft informatie over de werkprocessen in de organisatie maar geeft geen resultaten over de kwaliteit van zorg.

De inspectie ziet een lijst met incidentmeldingen en de acties die zorgverleners uitvoeren naar aanleiding van de meldingen. Zorgverleners vertellen dat zij bijvoorbeeld de huisarts inschakelen. Op de lijst staat aangegeven of het een ernstig of minder ernstig incident is. In de notulen van het teamoverleg leest de inspectie dat er aandacht is voor meldingen. Op basis van deze meldingen heeft Nieuwendijk een extra controle ingevoerd met betrekking tot het aftekenen van de medicatie. De navolgende dienst controleert of de vorige dienst de medicatietoediening heeft afgetekend. Als dit is gebeurd is een MIC-melding niet nodig, leest de inspectie in de notulen.

De inspectie ziet echter geen documenten waaruit blijkt dat Nieuwendijk de meldingen analyseert naar basisoorzaken en daarbij horende verbetermaatregelen uitvoert. De bestuurder vertelt dat er niet gewerkt wordt met een speciale methode om meldingen te analyseren.

De inspectie ziet dat de documenten kwaliteitsjaarverslag en het meerjaren-kwaliteitsplan 2019-2021 Altenastaete een verbeterparagraaf bevat. Hierin leest de inspectie enkele gerealiseerde doelstellingen zoals de uitbreiding van de personele bezetting met gastvrouwen en het extra opleiden van zorgverleners tot verzorgenden IG niveau 3 en verpleegkundigen. De verbeterdoelstellingen waaraan nog gewerkt wordt,

zijn onder andere het opzetten van een cliëntenraad en het digitaliseren van de cliëntdossiers. De cliëntenraad is inmiddels actief.

Nieuwendijk heeft samen met de locatie Werkendam een cliëntenraad. De inspectie ziet notulen van de cliëntenraad waaruit blijkt dat zij betrokken zijn bij de ontwikkelingen in de zorgverlening. Zo hebben de leden toegang tot het kwaliteitshandboek en gaan zij mee met de bestuurder naar een bespreking met het zorgkantoor. Ook leest de inspectie in de notulen dat de cliëntenraad betrokken is bij het opstellen van het kwaliteitsplan en de gang van zaken rond de maaltijden.

Nieuwendijk is aangesloten bij de klachtenregeling van Riant Verzorgd Wonen. Daarbij kunnen cliënten en/of familie gebruik maken van een vertrouwenspersoon. Aan de hand van zorgevaluaties bevraagt Nieuwendijk de familie in hoeverre zij tevreden zijn over de zorg. De inspectie leest in notulen van het teamoverleg dat de bestuurder de uitkomsten van de zorgevaluaties bespreekt met zorgverleners.

Norm 3.3

De zorgaanbieder schept voorwaarden voor een cultuur gericht op leren en verbeteren.

Volgens de inspectie **voldoet Nieuwendijk grotendeels** aan deze norm.

Altenastaete is lid van de bracheorganisatie Riant Verzorgd Wonen. Zowel de directie als de zorgcoördinatoren nemen deel aan het lerend netwerk.

De inspectie leest uit de notulen van verschillende teamvergaderingen dat de bestuurder lopende en actuele zaken over de organisatie bespreekt met zowel de zorgverleners als met de cliëntenraad. Naar aanleiding van de media-aandacht over Altenastaete laat de bestuurder een intern onderzoek uitvoeren door een externe partij naar de medewerkerstevredenheid binnen de organisatie.

De inspectie leest in de notulen van de teamvergadering dat zorgverleners spreken over de arbeidsomstandigheden. Het gaat over het niet uitbetalen van gewerkte uren. De inspectie leest niet in de notulen hoe dit door de bestuurder wordt opgelost. De bestuurder vertelt dat er zaken zijn veranderd sinds dit voorjaar. Zo vonden zorgverleners het niet prettig dat de bestuurder kantoor hield op de kamer naast de huiskamer van de cliënten. De bestuurder geeft aan dat zij zich dit kan voorstellen. Zij werkt nu vanuit haar eigen woning en is daardoor minder zichtbaar op de werkvloer aanwezig.

De inspectie leest en hoort echter ook van zorgverleners en bestuurder dat gesprekken met elkaar over persoonsgerichte zorg en de consequenties voor de inzet van deskundige zorgverleners niet plaatsvinden.

4.4 Medicatieveiligheid

Norm 4.3

Zorgverleners beschikken over een actueel medicatieoverzicht en actuele toedienlijst van de apotheek

Volgens de inspectie **voldoet Nieuwendijk grotendeels niet** aan deze norm.

Zorgverleners beschikken niet voor elke cliënt die medicatie gebruikt over een actueel medicatieoverzicht en een actuele toedienlijst van de apotheek. De inspectie ziet namelijk dat zorgverleners op verschillende toedienlijsten handmatig aanpassingen doen. Zorgverleners schrijven op de toedienlijsten de hoeveelheid insuline die zij de cliënt toedienen. Het toedienschema staat niet op de toedienlijst en zit niet in het cliëntdossier. De inspectie hoort van zorgverleners dat de apotheek het doseringsschema niet op de toedienlijst vermeldt.

Voor de toediening van Fentanylpleisters maken zorgverleners zelf een aftekenlijst.

Norm 4.8

De zorgverlener parafeert de toegediende of aangereikte medicatie per medicijn en toedientijd op de toedienlijst.

Volgens de inspectie **voldoet Nieuwendijk aan deze norm**.

De zorgverlener parafeert de toegediende of aangereikte medicatie per medicijn en per toedientijd op de toedienlijst.

De tweede controle (niet GDS-medicatie) wordt bekwaam uitgevoerd. Het is traceerbaar wie de controle uitvoert en op welke wijze.

Overige bevindingen medicatieveiligheid

De zorgorganisatie zorgt voor veilige opslag en beheer van de medicatie conform het bewaaradvies van de apotheek en algemene hygiënerichtlijnen.

Volgens principe 3 opslag & beheer 'Veilige principes in de medicatieketen'.

Volgens de inspectie **voldoet Nieuwendijk grotendeels niet** aan deze principes.

Nieuwendijk heeft ervoor gekozen om de medicatie te bewaren in de keukenkastjes op de appartementen. Dit geldt zowel voor cliënten van wie de zorgverlener het beheer en toediening overneemt, als voor cliënten die de medicatie in eigen beheer houden.

Bij cliënten voor wie Nieuwendijk het beheer en toediening overneemt, is de medicatie vrij toegankelijk in het appartement van de cliënt. Een risico-afweging of dit verantwoord is, ziet de inspectie niet terug in de dossiers.

Bij twee cliënten van wie Nieuwendijk het beheer en toediening heeft overgenomen, treft de inspectie medicatie aan in een afgesloten box in de keuken van een appartement. De voorraad insuline van een cliënt ligt echter niet in een afgesloten box in de koelkast. De zorgverleners controleren de koelkast niet op de temperatuur. De insulinepennen zijn niet voorzien van een sticker met daarop de naam van de cliënt.

Bijlage 1 Methode

De inspecteur toetst of de zorg wordt gegeven zoals is voorgeschreven in wetten, veldnormen, professionele standaarden en in het veld vastgestelde kwaliteitskaders. Om tot een goed onderbouwd oordeel te komen, gebruikt de inspectie tijdens het bezoek verschillende informatiebronnen. De inspectie vergelijkt en weegt de informatie uit deze bronnen. Vervolgens beoordeelt de inspectie of de geboden zorg door Altenastaete voldoet aan relevante wetten, veldnormen, professionele standaarden en in het veld vastgestelde kwaliteitskaders. In de bevindingen beschrijft de inspectie per norm welke informatiebronnen zijn gebruikt om tot dit oordeel te komen en welke methode zij daarvoor gebruikt heeft.

Tijdens het bezoek heeft de inspectie de volgende informatiebronnen gebruikt:

- Observatie van negen cliënten op huiskamer; zie uitleg over de methode hieronder;
- Gesprekken met uitvoerende medewerkers van afdeling;
- Gesprekken met; huisarts en specialist ouderengeneeskunde;
- Gesprekken met het management, de bestuurder;
- Vier cliëntdossiers;
- Documenten, genoemd in bijlage 2;
- Een rondgang door de locatie.

Inspecteurs beoordelen op de werkvloer of de zorgaanbieder goede zorg verleent. De inspecteurs passen zich zo veel mogelijk aan het ritme van de dag op de locatie aan. Om een beeld te krijgen van deze locatie starten de inspecteurs zo mogelijk met een kort gesprek met de eindverantwoordelijke van die dag of de leidinggevende. Daarnaast vindt een rondleiding door de locatie plaats zodat de inspecteurs zich een beeld kunnen vormen van de leefsituatie van de cliënten en de werksituatie van de zorgverleners. Verder zijn de inspecteurs voor een groot deel van de tijd op de afdelingen of in de woningen aanwezig. In verschillende huiskamers observeren de inspecteurs cliënten en zorgverleners. Hiervoor gebruiken zij de observatiemethode SOFI (zie de uitleg hieronder). Tijdens de observatie kijken de inspecteurs hoe zorgverleners de cliënten aanspreken en hoe het contact tussen de cliënten en zorgverleners is.

De inspecteurs voeren door de dag heen, waar mogelijk, gesprekken met managers, zorgverleners, cliënten, cliëntvertegenwoordigers en cliëntenraadsleden. Zij zien ook cliëntdossiers en documenten in.

De inspecteurs kunnen overlegvormen zoals bijvoorbeeld een multidisciplinair overleg of een overdrachtsmoment bijwonen.

Uitleg observatiemethode SOFI

De inspectie maakt gebruik van een gestandaardiseerde methode om cliënten te observeren als extra informatiebron. Deze methode heet SOFI, Short Observational Framework for Inspection. Dit hulpmiddel is ontwikkeld door de Universiteit van Bradford en CQC (de Engelse Inspectie voor de Gezondheidszorg).

Krijgt de cliënt overdag activiteiten aangeboden die hij of zij zinvol of leuk vindt? Spreekt de zorgverlener de cliënt aan op een manier die de cliënt plezierig vindt? Hoe de cliënt de zorg ervaart, maakt onderdeel uit van de kwaliteit. Cliënten kunnen vaak moeilijk zelf aangeven wat hun wensen zijn. Hoe kan een inspecteur dan beoordelen of de zorg aansluit bij de wensen van deze cliënt?

Met SOFI zitten twee inspecteurs ieder in een huiskamer. Zij observeren hoe zorgverleners reageren op een cliënt, en andersom. Stimuleren de zorgverleners activiteiten voor cliënten? Praten zorgverleners met de cliënten, zingen zij een liedje, doen ze een spelletje of gaan zij wandelen met de cliënt. Hoe is de stemming van cliënten, hoe betrokken zijn zij bij hun omgeving?

Na de observatie volgt een gesprek met de zorgverleners waarin situaties die de inspecteurs hebben gezien aan de orde komen. Zo krijgen de inspecteurs een beter beeld hoe de individuele cliënten de zorg ervaren.

Wilt u meer weten over SOFI dan kunt u dit lezen op de website van de Universiteit van Bradford.

Bijlage 2 Geraadpleegde documenten

- Overzicht van de zorgprofielen van cliënten van de te bezoeken locatie(s);
- Overzicht van fte's van zorgverleners en behandelaars op de bezochte locatie;
- Overzicht van ziekteverzuim en personeelsverloop van de te bezoeken locatie(s) van de laatste 12 maanden;
- Overzicht van scholing in de afgelopen twee jaar aan de medewerkers van deze locatie en de planning voor het lopende jaar;
- Overzicht van MIC-meldingen en daarvoor ingezette verbeteracties van deze locatie(s) van de laatste 12 maanden;
- Visie en kernwaarden van de zorgaanbieder;
- Visie op persoonsgerichte zorg;
- Kwaliteitsplan 2019;
- Notulen van verschillende overleggen;
- Notulen cliëntenraad;
- Overzicht MIC-meldingen en acties;
- Notulen casusbesprekingen;
- Strategisch scholingsplan;
- Rooster bereikbaarheid calamiteitendienst november 2015;
- Raamovereenkomst huisarts en (psycho)geriater;
- Evaluatie zorgleefplan 1^{ste} kwartaal 2019;
- Evaluatieformulier zorgleefplan cliënten.